

In arrivo i nuovi piani di organizzazione aziendali

17



La Regione Lombardia, con la DGR n. VIII/007289 del 19 maggio 08 ha aggiornato le Linee Guida Regionali per l'adozione del Piano di Organizzazione Aziendale delle aziende sanitarie della Regione Lombardia.

Proponiamo un estratto della delibera che integra la precedente deliberazione di Giunta Regionale n. VII/14049 dell'8 agosto 2003 relative alle Linee Guida dei Piani di Organizzazione e Funzionamento Aziendale che avevano istituito il S.I.T.R.A.

La determinazione di queste Linee Guida rappresentava il punto di arrivo di un percorso normativo che partendo dal D.Lgs. n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, dalla legge regionale n. 31/97 e successive modifiche ed integrazioni, dal Programma Regionale di Sviluppo della VII Legislatura, nonché dal Piano Socio Sanitario 2002 – 2004 (...).

A distanza di cinque anni è avvertita la necessità di integrare le Linee Guida in considerazione delle mutate esigenze delle aziende sanitarie della Regione Lombardia, dei nuovi indirizzi programmatici e di quanto previsto nel PSSR 2007-2009.

L'obiettivo delle presenti linee, nell'ambito dell'autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica aziendale è di fornire degli indirizzi che possano omogeneizzare i piani di organizzazione delle aziende in coerenza con i principi della programmazione regionale.

PROCEDURE PER L'ADOZIONE DEL PIANO DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

Il Piano di Organizzazione Aziendale è adottato con provvedimento del Direttore Generale dell'azienda acquisito il parere del Consiglio dei sanitari, sentito il Collegio di direzione e previo confronto con le OO.SS. ed è trasmesso alla Giunta Regionale per l'approvazione.

Per le aziende ospedaliere nelle quali insistono i poli universitari l'atto è adottato sentito il Rettore dell'Università e limitatamente ai dipartimenti ad attività integrata.

IL MODELLO ORGANIZZATIVO

I Dipartimenti

Il modello organizzativo aziendale si conferma nei contenuti già disciplinati dalla d.g.r. 14049/2003 e quindi deve essere costruito in modo flessibile ed il più possibile pertinente alle specifiche realtà aziendali tenendo conto che l'articolazione organizzativa ha quali finalità la creazione di condizioni e di strumenti utili al raggiungimento degli obiettivi aziendali.

L'organizzazione dipartimentale continua ad essere il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività aziendali con la finalità di assicurare la buona gestione amministrativa e finanziaria, nonché dare concreta attuazione alle politiche di governo clinico.



Il cambiamento verso un'organizzazione dipartimentale può rappresentare uno strumento di rafforzamento culturale e di crescita professionale.

Il Dipartimento può essere costituito solo se raggruppa più strutture complesse e semplici di particolare specificità. Il Dipartimento è pertanto un'articolazione organizzativa dell'azienda sanitaria che raggruppa un insieme omogeneo di attività complesse e semplici che richiedono una programmazione ed un coordinamento unitario con risultati in termini di efficienza ed efficacia misurabili.

Dipartimenti Aziendali e/o Interaziendali funzionali per disciplina

Sono dipartimenti derivati dall'aggregazione di unità o servizi appartenenti all'azienda o ad aziende sanitarie diverse.

Le tipologie possono essere:

- gestionali: dove si realizza la gestione integrata di attività assistenziali appartenenti ad aziende sanitarie diverse;
- tecnico – scientifica: con scarsa integrazione operativa e gestionale, ma con un ruolo di indirizzo e di governo culturale e tecnico di alcuni settori sanitari.

Per quanto riguarda i Dipartimenti ASSI il riferimento sono le linee guida regionali emanate con d.g.r. VIII/3848 del 20 dicembre 2006 e la circolare n. 23 del 31 luglio 2006.

Indice di Dipartimentalizzazione

La revisione dei Piani di Organizzazione Aziendale dovrà essere effettuata mantenendo come limite il numero totale di Dipartimenti presenti e ad invarianza di costi. La Direzione Generale Sanità nel valutare le proposte aziendali terrà presente la complessità media dei Dipartimenti presenti nelle aziende tenuto conto anche delle diverse tipologie e delle dimensioni aziendali. La DG Famiglia e Solidarietà Sociale integrerà la valutazione delle proposte qualora coinvolgano i Dipartimenti ASSI.

Strutture complesse e semplici

Le strutture complesse sono costituite da un

insieme di attività individuabili dall'omogeneità delle prestazioni, delle competenze e dei servizi erogati. La loro costituzione presuppone l'individuazione di fattori di complessità in relazione ai quali si determina la graduazione delle strutture.

I fattori di complessità, oggettivamente dimostrabili, sono:

- Strategicità rispetto alla mission aziendale;
- Complessità e specializzazione delle materie o delle patologie trattate;
- Complessità del sistema di relazioni intra ed extra aziendale;
- Interdisciplinarietà;
- Servizi sul territorio;
- Livello di autonomia e responsabilità;
- Rilevanza economica ed autonomia delle risorse gestite.

Sono strutture complesse anche quei servizi aziendali, di forte rilevanza strategica, dotati di autonomia gestionale e/o tecnico professionale. Per strutture semplici s'intendono articolazioni di strutture complesse e/o di un Dipartimento individuate con un insieme di attività che richiedono una programmazione e gestione unitaria dettata da criteri di efficienza ed efficacia.

Nella rivisitazione dei Piani di Organizzazione aziendale particolare attenzione dovrà essere posta all'individuazione di modelli che abbiano come obiettivo la semplificazione e l'efficacia anche attraverso lo snellimento delle strutture presenti. In tal senso potranno essere favorevolmente valutate le strutture semplici a valenza dipartimentale che godono di autonomia gestionale e finanziaria coordinate a livello di dipartimento.

Principali punti di attenzione saranno:

- Sistemi informativi aziendali;
- Revisione dei servizi amministrativi;
- Servizio Psicologia Clinica non apicale;
- Sanità penitenziaria: trasferimento al SSN delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria.



I SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI (SIA)

Si confermano le indicazioni contenute nella d.g.r.VII/14049 del 8.8.2003, rispetto alla collocazione del servizio "Sistemi Informativi Aziendali" (SIA) preferibilmente in staff alla Direzione Strategica, affinché vi possa essere un rapporto diretto con l'Alta Direzione e lo stesso possa avere una visibilità completa delle strategie aziendali; vi potrà conseguentemente essere la pianificazione, programmazione e gestione di attività ed azioni mirate al perseguimento delle strategie aziendali, coerentemente alla programmazione regionale.

La responsabilità dovrà quindi essere affidata a persone di comprovata esperienza nel settore.

... (omissis)

REVISIONE DEI SERVIZI AMMINISTRATIVI

La revisione dei servizi amministrativi deve essere effettuata nell'ottica di dare pieno adempimento a quanto previsto nella delibera n. VIII/5743 del 31 ottobre 2007, Allegato 11, punto 3, tenuto conto della legge regionale n. 30 del 27/12/2006.

L'omogeneizzazione dei servizi amministrativi, presenti sul territorio regionale, viene perseguita anche attraverso l'utilizzo degli indicatori di riferimento già individuati dalla Direzione Generale sia per le Aziende Sanitarie Locali sia per le Aziende Ospedaliere, sia per le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico.

LA SANITÀ PENITENZIARIA

... (omissis)

LA FUNZIONE DI RISK MANAGEMENT

Fulcro della funzione di risk management deve essere il risk manager aziendale che funge da catalizzatore e facilitatore delle attività la cui programmazione avviene in seno al gruppo di coordinamento per l'attività di gestione del rischio costituito in ogni Azienda Sanitaria, conformemente alla Circolare 46/San del 27/12/2004. È composto da figure in grado di coprire le necessità di informazione clinica, amministrativa, gestionale.

Le attività tipiche della funzione di risk management coprono alcune necessità specifiche e funzioni all'interno della struttura:

- definire gli strumenti per l'individuazione e la valutazione dei momenti di rischio e delle situazioni incidentali;
- individuare le criticità più o meno latenti;
- individuare strumenti ed azioni (correttive e preventive), per la riduzione dei danni al paziente, al patrimonio e per la riduzione del contenzioso legale definire strategie per migliorare i rapporti con l'utenza e l'immagine della struttura sostenere l'attività professionale di operatori sanitari e tecnici proporre ed attuare piani per contenere i costi assicurativi.

Nella Circolare regionale 46/SAN del 27/12/2004 è previsto, inoltre, il Comitato Valutazione Sinistri. Le funzioni che i due organismi devono svolgere sono integrate e tra loro coordinate in quanto, mentre il gruppo di coordinamento diventa il riferimento per tutta la gestione del rischio in azienda, il Comitato ristretto si occupa della specifica tematica relativa alla gestione dei sinistri. L'obiettivo che il Comitato Valutazione Sinistri deve perseguire è la minimizzazione dell'impatto economico del sinistro, fornendo un contributo alla definizione della politica di copertura assicurativa aziendale. Il coordinamento di tali attività, affidato al risk manager aziendale, diviene momento rilevante a supporto delle decisioni strategiche aziendali. L'organizzazione sopra prevista è da ritenersi valida sia per le Aziende Ospedaliere che per le Aziende Sanitarie Locali.

LE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE

Con l'adozione della Legge Regionale n. 8 del 02/04/2007 è proseguito il percorso di semplificazione delle procedure inefficaci ai fini della tutela della salute, con il contestuale potenziamento, sia nei servizi alla persona che nella vigilanza e controllo, delle attività di dimostrata efficacia.

Sotto il profilo organizzativo ciò significa:

- valorizzare le professioni sanitarie di assistente sanitario e tecnico della prevenzione nell'ambiente e luoghi di lavoro, per le quali la riforma



universitaria ha previsto un corso di laurea triennale con una preparazione specificamente adeguata al fabbisogno operativo dei Dipartimenti di Prevenzione; tale valorizzazione sarà perseguita: individuando ambiti di autonomia operativa e responsabilità per tali figure; incrementando il rapporto numerico con le altre figure dirigenziali; prevedendo, nelle responsabilità di struttura, figure dirigenziali con laurea magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie della Prevenzione;

- incrementare la strategia dell'integrazione interna (tra Servizi e Dipartimenti) ed esterna (con Comuni, Province, ARPA, ecc), con particolare riguardo alla realizzazione del Piano Integrato di vigilanza e controllo; ciò consentirà l'adeguato riconoscimento delle specializzazioni maturate in ciascuna disciplina ed insieme la razionalizzazione delle risorse, evitando duplicazioni e sovrapposizioni di inter-

vento nei medesimi ambiti e strutture oggetto di controllo.

Secondo tali linee strategiche dovranno essere riorientati i POA e, analogamente, essere utilizzati i contributi vincolati aggiuntivi assegnati alle ASL per la realizzazione dei Piani triennali di prevenzione e controllo.

VINCOLI ORGANIZZATIVI

... (omissis)

L'obiettivo è in definitiva un governo equilibrato del costo del personale di ogni azienda tenuto conto dei nuovi indirizzi programmatici, di quanto previsto nel PSSR 2007-2009, degli indirizzi di appropriatezza sui LEA e, infine, dell'equilibrio già raggiunto sulle unità operative complesse che non rilevano necessità di aumento ma di razionalizzazione verso eventuali nuovi indirizzi delle attività cliniche.

Il Commento di Stefano Citterio

Come Collegi Lombardi siamo stati ricevuti il 3 giugno dall'Assessore Bresciani e dal DG Sanità Dott. Lucchina per discutere di diversi argomenti tra cui l'aggiornamento dei POA.

In quella sede l'assessore e il DG Sanità hanno confermato la volontà della Regione di mantenere in essere i SITRA come definito dalle linee guida del 2003 che non si devono ritenere abrogate ma integrate dalle nuove indicazioni come hanno scritto in una successiva circolare Regionale indirizzata a tutte le Direzioni Generali.

Certo, ci aspettavamo anche qualche passo in avanti nel definire esplicitamente il SITRA almeno come struttura complessa articolata in più strutture semplici data la complessità e ampiezza del governo che viene affidato a tale struttura.

Abbiamo ribadito l'utilità di "superare" la logica del SITRA mediante l'istituzione del Dipartimento delle Professioni Sanitarie. I tempi, almeno per gli infermieri, mi sembrano maturi. Ciò è teoricamente ancora possibile dentro la dinamica di costruzione del POA nelle singole Aziende.

Abbiamo chiesto uno sforzo per dare corso a quanto definito nel recente DPCM relativo alla possibilità di istituire i concorsi di ruolo per i dirigenti unici della professioni sanitarie.

L'incontro Regionale è proseguito discutendo circa i recenti accordi sulle RAR evidenziando che non possono essere ritenuti risolutivi dei problemi di salario degli infermieri pur riconoscendo lo sforzo economico che ha fatto la Regione.

Abbiamo riscontrato una disponibilità da parte della Regione a ricevere progetti o proposte per affrontare le criticità della professione come l'incremento delle iscrizioni ai corsi, la bassa ricettività da parte delle Università che non incrementano i posti disponibili, per la valorizzazione economica e organizzativa degli infermieri.



Particolare attenzione ai recenti posti messi a disposizione dal MIUR per i corsi di Laurea dove, ancora una volta la Lombardia risulta penalizzata. L'assessore ha confermato l'impegno di mantenere aperto il dialogo con le Università per aumentarne la ricettività.

La Regione ha confermato l'apertura di tre tavoli tecnici (aperti anche alle altre professioni sanitarie) per discutere di Dirigenza e SITRA, di formazione e di libera professione. Speriamo sia un buon inizio di dialogo e apertura al confronto.

Tornando al documento, dalla sua lettura, emerge anche una preoccupazione (forse reale) di evitare la moltiplicazione dei dipartimenti e delle strutture complesse (viene infatti definito il limite numerico delle strutture e di dipartimenti in essere al 31 marzo, così come il vincolo dei Posti letto).

Viene data rilevanza al settore dei sistemi informativi aziendali in funzione dello sviluppo tecnologico e della diffusione dei sistemi informatizzati a tutti i livelli (SIS, cartelle informatizzate) così come nel paragrafo "prevenzione" viene citata esplicitamente la "valorizzazione delle professioni sanitarie" quale aspetto rilevante per l'organizzazione delle ASL (in questo caso).

Viene data rilevanza anche alla funzione del Risk Manager quale fulcro per lo sviluppo di tale funzione, sempre più significativa nella gestione complessiva delle strutture sanitarie.

Legge Quadro 3/2008 - Regione Lombardia

Con la legge quadro 3/2008 Regione Lombardia ha riorganizzato il sistema dei servizi sociali e socio-assistenziali sul territorio Governo della rete dei servizi e delle strutture sociali e socio-sanitarie.

Con la legge quadro 3/2008 il sistema dei servizi e delle strutture sociali e socio-sanitarie della Lombardia, pubbliche e private, residenziali, semiresidenziali e territoriali, viene organizzato e gestito, dal punto di vista legislativo, in un'unica rete regionale.

La legge quadro riordina e supera le disposizioni legislative che hanno sin qui regolato il settore (le leggi regionali 1/86, 1/00) in una prospettiva di razionalizzazione e semplificazione.

Si tratta infatti di ridistribuire sul territorio le competenze degli enti pubblici, delle istituzioni e del non profit in ambito sociale e sociosanitario con conseguenti vantaggi per i cittadini e consistenti risparmi per la Regione.

Tutto questo nel pieno rispetto e consolidamento dei principi di sussidiarietà, solidarietà e partecipazione, capisaldi delle attività di Regione Lombardia.

(Sul sito del collegio, nella sezione "news" trovi il testo della legge).

